

Zielona Góra, dnia 12.04.2005r.

**„POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE”
Federacja Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia
w Zielonej Górze
Aleja Niepodległości 16
65-048 Zielona Góra**

**Sz.P.
Marek Balicki
Minister Zdrowia**

W związku z przesłaniem przez Pana Ministra do konsultacji społecznych projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej „POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze zgłasza do w.w. projektu następujące uwagi i propozycje zmian:

- 1) w § 3 skreślić ust. 2,
- 2) w § 6 w pkt 3 na końcu dodać wyrazy "zarówno w zakładzie, jak i poza nim.",
- 3) w § 14 skreślić:
 - a) ust. 1 pkt 1 i 5,
 - b) ust. 5,
- 4) w § 22 ust. 1 po wyrazach „Izolotka w” dodać wyraz „zamkniętym”,
- 5) w § 23 ust. 1 po wyrazach „Separatka w” dodać wyraz „zamkniętym”,
- 6) w § 28:
 - a) skreślić ust. 2,
 - b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
„3. W zakładach opieki otwartej co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno - sanitarne dla pacjentów powinno być dostosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo.”,
- 7) skreślić § 37,
- 8) w § 44 skreślić ust. 5,
- 9) § 46 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 46. Ściany przy umywalkach i zlewozmywakach powinny być pokryte do wysokości co najmniej 1,6 m materiałami o cechach wymienionych w § 45 ust. 2.”,

10)w § 48:

a) skreślić ust. 1,

b) skreślić ust. 4,

11)w § 51 ust. 1 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 51. 1. Szerokość drzwi w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, przez które może odbywać się ruch pacjentów na wózkach lub łózkach, powinna wynosić co najmniej 1,1 m, a do sal operacyjnych – co najmniej 1,2 m.”,

12)§ 53 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 53. Okna w pomieszczeniach powinny być wyposażone w nawietrzaki.”,

13)§ 54 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 54. Wykończenie muru podokiennego w pomieszczeniach o podwyższonej aseptyce powinno być wykonane z materiału użytego na wykończenie ścian.”,

14)w § 56 wyraz „klimatyzacja” zastąpić wyrazem „wentylacja”,

15)w § 57 skreślić ust. 2,

16)w § 65 skreślić ust. 1,

17)§ 72 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 72. Osprzęt instalacji elektrycznych w pokojach znajdujących się w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają dzieci oraz na oddziałach psychiatrycznych powinien być zabezpieczony przed dostępem pacjentów i instalowany na wysokości 1,8 m nad posadzką.”

18) § 76 powinien otrzymać brzmienie:

„§ 76. Wymagania określone w § 13, § 35, rozporządzenia dotyczą wyłącznie obiektów przeznaczonych na zakłady opieki zdrowotnej, których budowę rozpoczęto na podstawie decyzji o pozwoleniu na budowę wydanej po wejściu w życie niniejszego rozporządzenia.”,

19) dodać § 76(1) w brzmieniu:

„§ 76(1). 1. Zakład opieki zdrowotnej, prowadzący działalność w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, niespełniający wymagań określonych w przepisach tego rozporządzenia dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań w terminie do dnia 31 grudnia 2015r.

2. Kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1, przedstawi, w terminie nie dłuższym niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia, organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej, program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia, zwany dalej „programem”, zaopiniowany przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, a w odniesieniu do szpitali, przez państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

3. Opinia, o której mowa w ust. 2 wydana zostanie w terminie 14 dni od złożenia wniosku w tym przedmiocie. W przypadku nie wydania opinii w terminie, o którym mowa w zd. 1, program przedkłada się stosownemu organowi prowadzącemu rejestr.

4. Organ prowadzący rejestr w terminie 14 dni od dnia przedstawienia programu, w drodze decyzji administracyjnej przyjmuje program wskazując na termin do dnia 31

grudnia 2015r. jako termin, w którym zakład opieki zdrowotnej dostosuje swoją działalność do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia.

5. W przypadku nie przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr w terminie określonym w ust. 2 programu, organ ten wszczyna postępowanie z urzędu celem wydania decyzji, o której mowa w ust. 4 na zasadach wyżej określonych. Koszty postępowania ponosi kierownik zakładu, o którym mowa w ust. 1.

6. Jeżeli z upływem okresu określonego w decyzji, o której mowa w ust. 4 i 5, zakład opieki zdrowotnej nie dostosował swojej działalności do wymagań określonych w przepisach niniejszego rozporządzenia, organ prowadzący rejestr wyznacza termin do usunięcia uchybień, nie dłuższy niż 3 miesiące.

7. Organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nieodpowiadającej wymaganiom określonym w przepisach niniejszego rozporządzenia, w przypadkach, o których mowa w ust. 4 i 5 - w okresie 3 miesięcy po bezskutecznym upływie terminu określonego w ust. 6.

8. Wojewoda informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o zamiarze wykreślenia z rejestru zakładu, o którym mowa ust. 7.

9. W przypadku, gdy istnienie zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 7, jest uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane świadczeń zdrowotnych, minister właściwy do spraw zdrowia może, w terminie miesiąca od dnia uzyskania informacji, o której mowa w ust. 8, wystąpić z wnioskiem o odroczenie wykreślenia zakładu z rejestru na okres trzech lat liczony od upływu okresu, o którym mowa w ust. 7. Wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia jest wiążący dla wojewody.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, jeżeli organem prowadzącym rejestr jest minister właściwy do spraw zdrowia, minister ten może odroczyć wykreślenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru na okres trzech lat.”,

21) w § 77 skreślić ust. 1,

W Załączniku nr 2 do omawianego rozporządzenia zatytułowanego „WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POD WZGLĘDEM FACHOWYM I SANITARNYM POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA PRZYCHODNI”

22)pkt 2 po wyrazach „wykonywanych świadczeń w” dodać wyraz „nowowyprowadzonej”,

23) pkt 5 powinien otrzymać brzmienie:

„5. Poradnie: skórno-wenerologiczne, chorób płuc, gruźlicy i zdrowia psychicznego, przeciwalkoholowe oraz leczenia odwykowego osób uzależnionych od środków odurzających, w celu zapewnienia dyskrecji (usunąć), powinny być tak usytuowane, aby dojście do nich pacjenta było możliwe najkrótszą drogą od wejścia do przychodni, oraz powinny mieć wydzielone poczekalnie wraz z rejestracją, a także ustępy dla pacjentów. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.”,

24) pkt 9 powinien otrzymać brzmienie:

„9. Pożądane jest rozwiązanie funkcjonalne poradni w której przyjmowane są dzieci, uniemożliwiające dostęp pacjentów z poradni dziecięcej do poradni ogólnej. W małych zakładach opieki otwartej dopuszcza się odstępstwo od tych wymagań.”,

25) pkt 10 po wyrazie „Poradnia” dodać wyraz „nowowytbudowana”,

26) pkt 12 powinien otrzymać brzmienie:

„12. Pożądana powierzchnia gabinetu badań lekarskich powinna wynosić co najmniej 10,0 m², a pokoju zabiegowego co najmniej 13,0 m², a pokoju zabiegowego przystosowanego do znieczulania ogólnego 20,0 m².”

27) pkt 20 powinien otrzymać brzmienie:

„20. Powierzchnia:

1) pokoju pobierania prób do analiz powinna wynosić co najmniej 6,0 m²;

2) pracowni laboratoryjnej wykonującej podstawowe badania diagnostyczne co najmniej 12 m²;

3) pracowni przy wykonywaniu innego zakresu badań co najmniej 15,0 m².”

Uzasadnienie

„POROZUMIENIE ZIELONOGÓSKIE” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze negatywnie odnosi się do przedłożonego projektu.

Jak wynika z uzasadnienia projektu rozporządzenia oraz „OCENY SKUTKÓW REGULACJI” podstawowym zadaniem rozporządzenia jest ustalenie warunków jakim powinny odpowiadać zakłady opieki zdrowotnej pod względem fachowym i sanitarnym, dostosowanych do aktualnych: form organizacyjnych opieki zdrowotnej oraz metod diagnostycznych i leczniczych oraz technologii i materiałów.

Nie sposób nie zauważyć, że przedmiotowy projekt nie prowadzi do realizacji przyjętego celu. Zaproponowane zmiany nie mają nic wspólnego z założonym dostosowaniem warunków do aktualnych: form organizacyjnych opieki zdrowotnej oraz metod diagnostycznych i leczniczych oraz technologii i materiałów. Powyższe odnosi się w szczególności do wszystkich zgłoszonych przez Federację uwag i propozycji zmian.

Należy się zgodzić ze stanowiskiem wyrażonym w „OCENIE SKUTKÓW REGULACJI”, iż rozporządzenie będzie miało wpływ na wydatki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego, związanych z dostosowaniem pomieszczeń i urządzeń zakładów do nowych warunków. W istocie wpływ ten będzie bardzo duży. Koszt

budowy poszczególnych elementów – wind, pochylni, jest nie do przyjęcia dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Część zmian jest też w istocie w ogóle niemożliwa do realizacji, jak chociażby wymogi dotyczące korytarzy czy powierzchni pomieszczeń zakładu. Nie wzięto pod uwagę tego, że zmiany w zakresie istniejących obiektów mogą zostać przeprowadzone w ramach faktycznych możliwości. Zwiększenie wymogów co do powierzchni pomieszczeń zakładu z jednej strony oraz wobec korytarzy zakładu z drugiej strony (§ 37) czyni zmiany niemożliwymi z uwagi na oczywiste ograniczenie powierzchni zakładu.

Zmiany powierzchni pomieszczeń i korytarzy, wymagające w istocie przesuwania ścian, podlegają również ograniczeniom wynikającym z prawa budowlanego.

Całkowicie pominięto, iż wielu świadczeniodawców nie jest właścicielem lokali, w których prowadzone są zakłady. W istocie zatem przeprowadzenie zmian może się okazać niewykonalne z przyczyn nie leżących po stronie świadczeniodawcy – brak zgody właściciela.

Projekt rozporządzenia dobitnie wskazuje, że nie zwrócono uwagi na faktyczne możliwości i koszty zmian. W ocenie Federacji, w przypadku większości zakładów, wprowadzenie zmian wynikających z projektowanego rozporządzenia jest z przyczyn wyżej wskazanych po prostu niemożliwa.

W efekcie, rozporządzenie tej treści, doprowadzi to do konieczności zamykania zakładów opieki zdrowotnej. Tym samym wejście w życie rozporządzenia doprowadzi w nieodległej perspektywie czasu do kryzysu i upadku służby zdrowia w Polsce.

Nie sposób zatem zgodzić się także, ze stanowiskiem wyrażonym w „OCENIE SKUTKÓW REGULACJI”, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zatrudnienie. Wejście w życie rozporządzenia doprowadzi do grupowych zwolnień pracowników służby zdrowia. Pracodawcy zrzeszenie w samej Federacji zatrudniają kilkadziesiąt tysięcy pracowników.

W tym aspekcie, zaproponowane na wstępie zmiany, należy potraktować jako odnoszące się do kwestii najistotniejszych, stanowiących pewne minimum, których wprowadzenie nie powinno nasuwać jakichkolwiek wątpliwości.

Podnosi się dodatkowo następujące uwagi dotycząc poszczególnych uwag i propozycji zmian:

- 1) § 3 ust 2 – zapis prowadzi do sytuacji nierówności podmiotów, kiedy to tworzeniem bazy dla udzielania świadczeń obarcza się lekarza pozostawiając pozostałe podmioty bez delegacji w tym zakresie,
- 2) § 6 ust 3 - porównanie definicji przychodni i małego zakładu opieki otwartej wskazuje na konieczność dodania tego zapisu dla zrównoważenia funkcji tych podmiotów (środowisko). Pozostawiając definicję jak w projekcie pozbawia się małe zakłady możliwości pracy w środowisku m.in. lekarzy i pielęgniarek np. wizyty domowe, pielęgnacja obłożnie chorych itp.,
- 3) § 13 - przepis nie może mieć zastosowania do już istniejących i funkcjonujących obiektów opieki zdrowotnej. Jest przykładem niemożliwych do usunięcia trudności architektonicznych i technicznych.

- 4) §14 – przepis wymaga zmian z uwagi na:
1. obawy pacjentów przed pozostawianiem odzieży wierzchniej w ogólnodostępnej szatni,
 2. okoliczność, iż nie wszyscy przychodzący do przychodni zwyczajowo korzystają z szatni, chodzi o osoby inne niż w pkt. 1, co w połączeniu z pkt 1 czyni zapis bez przedmiotowym
 3. dodatkowe nieuzasadnione obciążenie finansowe ZOZ-u z uwagi na konieczność zabezpieczenia dodatkowych pomieszczeń lub przestrzeni przy, w większości przypadków, braku takich możliwości
 4. nierówne traktowanie dużych i małych przychodni,
 5. w efekcie koszt regulacji dla zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest niewspółmierny do osiągniętego efektu.
- 5) § 22 ust. 1 i § 23 ust 1- przepis nie znajduje zastosowania do otwartej opieki ambulatoryjnej. W przypadku tej ostatniej wystarczającym jest stosowanie wewnętrznych procedur postępowania z chorym podejrzanym o chorobę zakaźną uniemożliwiające kontakt chorego zakaźnie z pacjentami u których nie istnieje podejrzenie takiej choroby, np. rozdzielność czasowa przyjęć tych grup pacjentów. Opracowanie takich procedur powinno być obowiązkiem każdego zakładu opieki zdrowotnej.
- 6) § 28ust 2 - usunięcie tego nie przystającego do rzeczywistych potrzeb zapisu pozwoli na zmniejszenie obciążeń finansowych placówek. Wymóg stosownego miejsca na każdym piętrze nie jest konieczny, tym bardziej, że najczęściej mamy do czynienia z małymi placówkami. Większość przychodni nie spełnia tego wymogu.
- 7) § 28ust 3 – przepis ten stwarza nierówną sytuację podmiotów opieki zdrowotnej,
- 8) § 35 – kwestię tą uregulowano w proponowanym poniżej § 76. Koszty wprowadzenia w życie tych regulacji dla istniejących zoz-ów przekracza ich możliwości finansowe w ciągu najbliższych kilkunastu lat i często wiąże się z ich całkowitą przebudową,
- 9) § 37 – zapis wymaga usunięcia, gdyż dostosowanie jest zbyt kosztowne oraz może być niewykonalne z powodu problemów architektonicznych np. wąskie korytarze,
- 10)§ 44 – przepis prowokuje powstanie kosztów w większości zakładów otwartej opieki ambulatoryjnej nieuzasadnionych wyraźną potrzebą,
- 11)§ 46 - zapis jest nadmiernie restrykcyjny. Rodzący nowe koszty, ponieważ dotychczas nie określano szerokości ekranu i w większości przychodni konieczne stałoby się doklejanie kafelków lub kładzenie ekranów na nowo,
- 12)§ 48.ust 1 i 4 - tak ogólne zapisy nakładają obowiązek montowania urządzeń i przystosowań dla większości zakładów opieki ambulatoryjnej generując ogromne koszty dla tych podmiotów. Zakłady mieszczące się na więcej niż 2 piętrach mogą dostosować pomieszczenia i urządzenia do obsługi niepełnosprawnych na parterze oraz dostosować procedury wewnętrzne pod ich potrzeby,
- 13)§ 51. ust 1 – celem doprecyzowania, że potrzeba taka ma uzasadnienie w zamkniętych zoz-ach. W otwartym lecznictwie sytuacja opisywana w tym ustępie jest sporadyczna,
- 14)§ 53 i 54 - zapisy prowokują nieuzasadniony koszt większości zakładów

ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Propozycja Federacji jest zgodna z istniejącymi obecnie regulacjami,

15)§ 56 – usuwany zapis stanowi element, który nie występuje w obowiązującym rozporządzeniu, zaś dopisywany wyraz pozwala na osiągnięcie zamierzonego efektu,

16)§ 65 – przedmiotowa regulacja określa nie problematyki ogrzewania w sposób wyczerpujący,

17)§ 72 - problem w otwartej opiece ambulatoryjnej nie występuje,

18)§ 76 – większość zapisów może dotyczyć tylko nowobudowanych obiektów. W przypadku obiektów istniejących przeprowadzenie zmian jest niewykonalne,

19)§ 76(1) – zmiany mają na celu:

1. urealnienia terminu realizacji programów dostosowawczych w zoz-ach,
2. urealnienia terminu na występowanie z wnioskiem o wydanie decyzji,
3. opinia inspektora sanitarnego jest obligatoryjna natomiast nie może być potencjalna restrykcją dla przygotowującego program dostosowawczy,
4. uproszczenie procedury i określenie jej zasad w przedmiocie wydawania decyzji,

20)§ 77 ust 1 - procedura z § 76(1) uzyskania decyzji określa, iż także podmioty, o których mowa w § 77 ust. 1 muszą wystąpić o decyzje zgodnie z procedurą określoną w § 76 (1).

Złącznik nr 2 do omawianego rozporządzenia zatytułowanego „WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE, JAKIM POWINNY ODPOWIADAĆ POD WZGLĘDEM FACHOWYM I SANITARNYM POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA PRZYCHODNI”

21)pkt 2 - nie do zrealizowania w rzeczywistości w większości działających przychodni,

22)pkt 5 – zbytnia uznaniowość (niedookreślenie pojęciowe) zapisu,

23)pkt 9 – proponowana zmiana spowoduje wymuszenie stosowania odpowiednich dla realizacji jego intencji procedur, nie powodując konieczności wykonywania kosztownych prac budowlanych lub przeróbek istniejących obiektów,

24)pkt 10 - nie do zrealizowania w rzeczywistości większości działających przychodni,

25)pkt 12 i 20 – zapisy w obecnym kształcie nie mają uzasadnienia dla przebudowywania pomieszczeń w już istniejących zakładach opieki zdrowotnej w celu powiększania ich powierzchni. Przepis do zastosowania w nowobudowanych obiektach.